

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Tegen de verdrukking in

Systemische reflecties over kwalitatief goede behandeling en het belang van geëngageerde professionals

Hans Bom
Hans Bom¹ is klinisch psycholoog/systeemtherapeut werkzaam in eigen praktijk bij het Lorentzhuis te Haarlem

Samenvatting *Al is bij herhaling aangetoond dat de therapeutische relatie en het engagement van de psychotherapeut voor een veel groter deel verantwoordelijk zijn voor het succes van behandelingen dan een specifieke methodiek, toch richt het dominante maatschappelijke en wetenschappelijke discours zich op klachtgerelateerde behandelingen waar gerichte en transparante interventies tot behandelsucces moeten leiden. Dit maakt dat de intellectuele en maatschappelijke context, waarin het vak van psychotherapeut momenteel wordt uitgeoefend, bij uitstek niet gericht is op het reflecteren, exploreren en vernieuwen. En juist dat zijn essentiële vaardigheden die van belang zijn voor psychotherapie. Dat verklaart (voor een deel) de brede en basale weerstand van psychotherapeuten tegen de ontwikkelingen in het veld van de GGZ.*

Als professioneel antwoord stel ik voor te werken vanuit engagement met het vak en niet ten onder te gaan in een wanhopig gevecht tegen de huidige Nederlandse context. Daartoe formuleer ik twee kernactiviteiten. De ene is het methodiseren van het eigen handelen, de tweede is het blijven ontwikkelen van protocollen, ook voor systemisch werken. Vanuit de overtuiging dat geïnspireerd, gedegen en zorgvuldig werk kwaliteit zal genereren die ten goede komt aan de professional en zo ook aan de behandeling van de cliënt.

INLEIDING

Ter voorbereiding van een lezing voor het symposium 'Protocol, handvat of harnas', in februari van dit jaar georganiseerd door het Lorentzhuis te Haarlem (zie ook het symposiumverslag in dit nummer),

1 Correspondentieadres: hansbom@lorentzhuis.nl

verdiepte ik me in dit onderwerp. Ik richtte me op de betekenis van protocollen voor de professional en in het bijzonder de professional die behandelt, in casu de psychotherapeut. Ik gebruik het begrip psychotherapeut in een bredere betekenis dan alleen voor de professional die als zodanig geregistreerd is in het BIG-register; ik bedoel al die professionals die zich inspannen om cliënten te helpen met gebruik van hun eigen kracht veranderingen in hun leven aan te brengen in een door henzelf gewenste richting.

Als wetenschapper zag ik de zin van protocollen en protocollair denken en ontwikkelde ik zelf ook een geprotocolleerde behandeling (De Bode & Bom, 1999). Als clinicus twijfelde ik regelmatig aan de zin ervan, vooral in complexe praktijksituaties. Opvallend is dat in de actuele discussies in vaktijdschriften, kranten en magazines over de GGZ en de ontwikkeling van een nieuwe financiële structuur ook steeds gesproken wordt over de waarde van geprotocolleerde behandelingen. Evidence based en transparant behandelen in een nieuwe marktgereguleerde GGZ-omgeving zijn de topics (Asmus, 2005). Protocollen en de nieuwe ontwikkelingen in het GGZ-veld hebben meer met elkaar te maken dan ik eerst dacht. Het lijkt wel of geprotocolleerde behandelingen heilig worden verklaard en gebruikt worden om de retoriek van marktwerking en transparantie te ondersteunen. Hoezeer ik ook de zin inzag van (discussie over) kwaliteitsverbetering, transparantie, homogeniteit en vraagsturing, tegelijkertijd vervulde de invoering van de DBC's en daarbij horende administratieve rompslomp me met afgrijzen.

Ik wilde een beter gefundeerd oordeel vormen over de zin en onzin van protocollen in de nieuwe context van de GGZ die zich aan het vormen is met DBC's en al. Ik besloot me te richten op een belangrijk aspect van het therapeutisch metier, namelijk de therapeutische relatie. Uit diverse publicaties (Westen e.a., 2004) blijkt dat de kwaliteit van de therapeutische relatie en de overtuigingskracht of het gepassioneerd zijn van de therapeut voor een zeer groot deel verantwoordelijk zijn voor het succes van behandelingen. Dat leek me evidence based denken. Het ligt dus voor de hand te veronderstellen dat vernieuwingen vooral gericht zullen zijn op het creëren van omstandigheden waardoor de therapeut (professional) zich kan verbeteren of gestimuleerd wordt meer aandacht te besteden aan de relatie, aan het gesprek met zijn cliënt. Hoe logisch deze gedachtegang ook is, ik had zo mijn twijfels of dit aspect wel meetelde in het denken over transparante en effectieve behandeling omdat ik er nooit iets over las of hoorde. Ik was zeer nieuwsgierig naar de mening van collega's hieromtrent en benieuwd naar hun ervaringen met protocollair werken en de effecten daarvan op hun werk en

motivatie. Mijn doel was een indruk te krijgen van de stimulerende of belemmerende effecten van de vigerende manier van denken over de GGZ op de hulpverlener en in het bijzonder op de psychotherapeut. Misschien kon ik enkele aanbevelingen doen, of zou het kunnen lukken reflecties aan te bieden en mij en geïnteresseerde collega's tot betere, effectievere hulpverleners te maken.

HANS BOM

VRAAGSTELLING EN WERKWIJZE

Belangrijke vragen waren: wat is de waarde van een protocol in de dagelijkse praktijk van een psychotherapeut? Hoe maak ik gebruik van protocollen, en wanneer wel en niet?

Alhoewel protocollen en protocollair werken in engere zin van een andere orde zijn dan de huidige veranderende context van de GGZ, bestaat er toch een samenhang. Ik wilde meer van deze samenhang begrijpen en tevens van de manier van denken die er aan ten grondslag ligt. Omdat de DBC's een symbool zijn van het nieuwe denken over een andere GGZ, richtte ik me ook daarop. Het ging me dus niet om het maken van een analyse van de DBC-systematiek, maar om het beter begrijpen van de manier van denken en de effecten daarvan op mijzelf en collega's. Stimuleert deze maatschappelijke en inhoudelijke context mij (en mijn collega's) als psychotherapeut? En word ik gestimuleerd om ook veel aandacht te besteden aan de relatie met mijn cliënt en aan mijn professionele gedrevenheid?

Om op deze vragen een voorlopig antwoord te vinden, paste ik de volgende werkwijze toe.

- Ik verrichtte een minionderzoek door zeven jonge collega's en vijf ervaren collega's te interviewen.
- Ik reflecteerde kritisch op mijn therapeutisch handelen. Waar pas ik wel en niet protocollen toe en waarom?
- Ik verzamelde teksten over de zorg en de invoering van de DBC's in de media en op websites.
- Ik deed literatuurstudie over protocollaire behandeling, over ontwikkelingen in de GGZ, over zorgzaamheid, ziekte, ethiek en over de dominante onderzoeksmethoden in ons vakgebied.

Eerst beschrijf ik de resultaten van het minionderzoek. Daarna geef ik mijn reflecties op werken met protocollen mede op grond van een enkel vignet. Ik eindig met een beschouwing over de eenzijdigheid van de huidige manier van denken in de GGZ en de te eenzijdige effecten daarvan op de kern van ons vak. Hiermee verklaar ik voor een deel de weerstand die veel collega's hebben tegen de nieuwe ontwikkelingen.

DE INTERVIEWS MET COLLEGA'S

TEGEN DE
VERDRUKKING IN

Jonge collega's

De jonge collega's, GZ-psychologen in opleiding met vier tot zeven jaar werkervaring, vinden een voordeel van protocollen dat je duidelijkheid hebt over wat je moet doen. Je hebt een richtlijn voor je handelen. De structuur van een geprotocolleerde behandeling is makkelijk en geeft houvast. Daardoor leer je begrenzen en kaders stellen. Protocollen helpen vooral om niet te gaan twijfelen. Je weet dat je moet blijven inzetten op de thema's die beschreven staan.

Zonder protocollen verzand je makkelijk in gepraat en verlies je de fasen in een behandeling uit het oog. Protocollair werken lukt het best bij enkelvoudige problemen, al mis je het maatwerk voor de cliënt. Bij meervoudige problematiek, of daar waar sprake is van persoonlijkheidsstoornissen of As IV-problematiek, werken protocollen veel minder en gebruiken de collega's ze nauwelijks. Dan zijn de individuele variaties zo belangrijk dat je daar veel meer aandacht aan moet besteden.

De kritiek op protocollen is dat ze niet gericht zijn op de persoon, maar op de stoornis en de classificatie. Als voordeel van zonder of minder met een protocol werken, wordt gezien dat je geleidelijker tot een diagnose komt. Je doet dan meer recht aan een *stepped care* model.

Wat betreft de DBC's en de ontwikkelingen in de GGZ zijn de jonge collega's unaniem van mening dat de registratie tijdrovend en vervelend is, dat het vooral een instrument is voor managers om professionals op te jagen. Ze worden handig in het registreren van activiteiten, maar het vele registreren roept ook puberaal verzet op. 'Als het moet zullen we het ook tot in het absurde doen'. Ook vergeten ze vaak te registreren, omdat ze bezig zijn met hun cliënten. Ze hebben geen oordeel over de verbetering van de systematiek die het motief is voor de invoering. Eigenlijk houden ze zich daar nauwelijks mee bezig. Wel is het zo dat bezig zijn met deze onderwerpen het plezier in het vak ondermijnt.

Omdat het zo vervelend is, houden de jonge collega's zich ook niet of nauwelijks bezig met DBC's. Wel met protocollen, omdat die direct ten goede komen aan het werk met de cliënt. Ook denken ze dat de doelstelling 'transparante zorg' niet gerealiseerd wordt, omdat ze constateren dat je slim gaat registreren. Het gevolg is dat je weinig ruimte neemt om je voor te bereiden op de inhoudelijke kant van behandelingen. Ze ervaren het als onveilig om afgerekend te worden op kwantiteit in plaats van op kwaliteit.

In de opleiding wordt heel weinig aandacht besteed aan de ontwikkeling van protocollen, aan het belang van de therapeutische relatie en de persoon van de therapeut en aan de achtergrond van de invoering van de DBC's. De jonge collega's zien de invoering van de DBC's als een vanzelfsprekend en onontkoombaar gegeven. Zij realiseren zich tijdens het interview dat het een gemis is dat de financiële structuur en de achtergrond daarvan in de opleiding zo weinig aandacht krijgt.

HANS BOM

Ervaren collega's

Ervaren collega-psychotherapeuten, met tussen de 18 en 25 jaar ervaring, beginnen eerst te praten over hun frustraties over de nieuwe ontwikkelingen. Zij haken vooral af op de DBC's en de daarbij horende registratie van activiteiten. Zij zijn niet tegen transparantie, maar zien de administratieve eisen als bureaucratisering van de bovenste plank. Ook vinden velen dat de noodzaak te registreren gebaseerd is op wantrouwen. Zij hebben teams en collega's gedemotiveerd zien raken onder de druk van managers die gericht zijn op scoren en meten. Het productiespook heeft de ervaren collega's enerzijds laconiek gemaakt, anderzijds zeggen ze geen uitweg te zien in de mêlee van vernieuwingen waarin ze geen verbeteringen voor het vak kunnen herkennen. Veel collega's zeggen zich niet meer te willen bezighouden met de bekostigingsstructuur, omdat ze vinden dat die de professionele autonomie ontkent en alleen maar een instrument is in het economiseren van de zorg. Ook zeggen veel collega's dat ze gedemotiveerd raken en negatief worden als zij zich bezighouden met de randvoorwaarden van het vak. Het ontnemt hun plezierig en creatief werken. En dat is volgens hen juist nodig om goed te kunnen hulpverlenen en het werk te kunnen volhouden.

Over protocollen zijn de ervaren collega's niet negatief. Het ontwikkelen van protocollen is tot op zekere hoogte zinvol. Het voorschrijven ervan niet. Er worden, vooral door systeemtherapeuten, kanttekeningen geplaatst bij de geringe of zelfs ontbrekende aandacht voor de context waarin klachten zich ontwikkelen. Een depressieve Iraanse asielzoeker die zijn baan en huis is kwijtgeraakt en mogelijk geen asiel krijgt in Nederland, is niet zo goed te vergelijken met een welgestelde blanke depressieve man uit de middenklasse die ruzie heeft met zijn directeur.

Ervaren collega's maken gebruik van protocollen, en dan vooral als richtlijn. Zelden wordt een geprotocolleerde behandeling strikt toegepast. Dat gebeurt vooral in de leer- en ontwikkelfase van een

methodiek. Daarna ontwikkelt ieder zijn eigen varianten.

Bij de meeste collega's is er scepsis over de pretenties van de onderzoeken waarop de protocollen gebaseerd zijn. De complexiteit van de klinische praktijk en het moeilijk kunnen vergelijken van het ene en het andere geval voeden deze scepsis. Alle collega's hebben expertise opgebouwd met een eigen werkwijze. Vaak werkt die goed, en waar dat niet het geval is vragen zij hulp van collega's. Zij besteden over het algemeen tijd aan de therapeutische werkrelatie met hun cliënten en hechten daar grote waarde aan. Door druk vanuit hun organisatie en de maatschappelijke context komt nadenken over behandelingen te veel in het gedrang.

TEGEN DE
VERDRUKKING IN

REFLECTIES OVER WERKEN MET PROTOCOLLEN

Opvallend gegeven uit het minionderzoek is dat zowel ervaren als minder ervaren collega's belang hechten aan het werken met protocollen of geprotocolleerde behandeling. Jonge collega's hebben meer houvast aan protocollen, ervaren collega's hebben eigen varianten ontwikkeld, zij het niet altijd in de vorm van een protocol maar in de vorm van een eigen werkwijze. Duidelijk is ook dat de context van de GGZ en de organisaties waarin mensen werken niet erg stimulerend zijn voor de inhoudelijke kant van het vak, en ook niet voor het ontwikkelen van protocollen op grond van praktijkervaringen.

Opvallend is bovendien dat protocollen gebruikt worden als therapeuten denken dat ze ten goede komen aan een behandeling. Niet altijd kiezen zij voor het werken met protocollen. Waarom doen ze dat wel en waarom niet? Niet omdat zij niet evidence based willen werken, maar om een andere reden. Als ik de protocollaire behandelingen lees (Keijsers e.a., 2004) en mijn eigen therapeutisch handelen onder de loep neem, denk ik dat ik dat begrijp. Een voorbeeld.

Een jongen van twaalf jaar werd individueel aangemeld met gedragsproblemen. Hij had al enkele jaren driftbuien en daardoor problemen op school en thuis. Er waren periodes dat het redelijk ging, maar ook periodes dat er bijna dagelijks problemen waren. Nu was het weer zo erg dat ze op school niet meer wisten hoe zij hem moesten begeleiden. Als het zo doorging kon hij daar niet blijven.

Ik sprak eerst de ouders en hoorde hoe zij al jaren bezorgd waren over hun zoon. Ze hadden veel hulp gehad en alle mogelijke pedagogische en therapeutische varianten uitgeprobeerd om hun zoon verder te helpen. Speltherapie, gedrags-therapie, medicatie en ouderbegeleiding hadden wel een beet-

je geholpen, maar niet voldoende. En nu was het weer mis. De ouders hadden geen goede verklaring voor de gedragsproblemen. Ik vertelde dat ik onder de indruk was van wat zij al gedaan hadden en vroeg naar hun toekomstverwachtingen. De ouders waren bang dat hun zoon door deze problemen een negatief zelfbeeld zou krijgen en zijn school niet goed zou kunnen doorlopen, terwijl hij wel intelligent was. Als er al zo veel geprobeerd was, besprak ik aarzelend met hen, wat zou ik dan nog kunnen toevoegen? Dat begrepen ze heel goed, want ze hadden ook zelf aarzelingen om naar een volgende hulpverlener te komen. Ik vertelde dat ik doorgaans graag met het hele gezin kennismaak, ook met broers en zusjes van het aangemelde kind. Als een individuele behandeling niet werkt, kan het helpen om samen met alle gezinsleden te proberen op een nieuwe manier over de problemen te praten en te zien of we samen dingen kunnen bedenken die helpen de problemen draaglijker te maken of zelfs te verminderen. De ouders wilden graag een poging wagen. Ik stelde voor dat zij de volgende keer met hun zoon en zijn jongere zus zouden komen. De kennismaking was geanimeerd. De kinderen tekenden hun huis en vertelden onderwijl over hun leven en wat ze graag deden of juist minder leuk vonden. Op een gegeven moment zei het jongere zusje terloops, terwijl ze ingespannen bezig was haar kamer te tekenen, dat ze altijd goed moesten opruimen voordat papa thuis kwam. Ik vroeg haar wat ze dan gingen opruimen. En ook wat er zou kunnen gebeuren als ze hun kamer niet zouden opruimen, wie er het meest aan dacht om het te doen, wat het voor vader betekende als het wel of juist niet gebeurde en meer van dergelijke vragen. Vader werd eerst wat rood en op mijn vraag of hij het onprettig vond hier nu over te praten, zei hij dat hij het niet onprettig vond, maar zich nooit zo gerealiseerd had dat zijn mogelijke ergernis andere gezinsleden zo beïnvloedde. 'Ik denk dat onze zoon meer op mij lijkt dan ik tot nu toe dacht', vertelde hij. Zonder dat ik daar op aandrong begon de zoon met zijn vader te praten en hem adviezen te geven hoe hij zijn ergernis, die volgens de zoon waarschijnlijk voortkwam uit frustratie, zou kunnen verminderen. Zij kwamen er op uit dat zij samen zouden kunnen gaan sporten om hun energie kwijt te raken. Dat zou vast helpen. Ik vroeg aan de zoon of hij dacht dat het hem zelf ook zou kunnen helpen om minder driftbuien te hebben. Hij dacht misschien van wel. Zij gingen met dit voornemen naar huis en het bleek een heel goed voornemen te zijn. De driftbuien ver-

HANS BOM

dwenen en er bleven mildere uitingen van ongenoegen over. Het samen sporten had begrijpelijkerwijs verschillende effecten. Niet alleen dat vader en zoon hun eigen frustraties kwijtraakten, maar ook dat ze samen iets leuks deden, kleine gesprekjes hadden, mannen onder elkaar waren en lol hadden. Er volgden nog enkele gezinssessies, de veranderingen bleven gehandhaafd en er volgde geen terugval. De ouders hadden wel behoefte aan ouderbegeleiding, die vooral gericht werd op hun samenwerking als opvoedteam.

TEGEN DE
VERDRUKKING IN

Zo'n aanpak of reeks interventies staat niet in het protocol voor een oppositionele gedragsstoornis of *conduct disorders*, zoals de diagnose luidde. Uiteraard lukt een aanpak als hierboven beschreven niet in alle gevallen, maar vaak wel. Het is geen 'evidence based' behandeling, maar wel een 'practice based' behandeling (Larner, 2005). Zou ik, als ik de stappen die ik in het therapeutisch proces zette zou systematiseren, een nieuwe geprotocolleerde behandeling kunnen beschrijven? En hebben andere collega's elders vergelijkbare manieren van werken beschreven die 'protocolachtig' zijn? Dat laatste is zeker zo. White (2006), Omer (2004) en Breuk (2005) hebben dat op heel verschillende wijze gedaan. Zij markeren de stappen die zij zetten in therapeutische processen, en geven aan met welke interventies of vragen zij dat doen. De vorm die zij daarvoor gebruiken is echter een heel andere dan die in het eerder genoemde boek *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg* (Keijsers e.a., 2004). Het is een methodische beschrijving van hun behandelingen. Ook zij volgen een – meer of minder – strak schema, maar schrijven niet de behandeling per sessie uit. Dat spreekt me aan, meer dan protocollen per sessie, omdat die een te sterke suggestie van 'zo moet het en niet anders' in zich dragen. Dat 'zo moet het' werkt in therapie, waar je middels de therapeutische relatie tot verandering aanzet, juist niet. Een protocol werkt alleen als de therapeut zich er van harte en actief mee verbindt. Sterker geformuleerd, het werkt als een therapeut zichzelf de strengheid van methodisch handelen oplegt of probeert wetmatigheden te ontdekken in zijn therapeutisch handelen.

Ik ben op deze gedachte gekomen omdat ik de bezwaren tegen protocollair werken las (Keijsers e.a., 2004). Het zou de vrijheid en creativiteit van de behandelaar te zeer beperken. Voorbeelden uit de kunstwereld logenstraffen dit idee. Monet legde zichzelf de beperking op hetzelfde motief, bijvoorbeeld de Houses of Parliament en de kathedraal van Rouen, keer op keer onder verschillende omstandigheden te schilderen (www.ibiblio.org/wm/paint/auth/monet/).

Von Trier en Vinterberg deden met hun dogmaregels uit 1995 iets vergelijkbaars met films als 'Festen' en 'The Idiots' (www.filmkrant.nl/av/org/filmkran/archief/fk192/dogma.html). Zelfopgelegde beperkingen maken juist bij uitstek creatief, maar beperkingen die anderen opleggen niet. Omdat ook in ons vak het eigen engagement, de eigen bevoegenheid of overtuiging zo essentieel is in de therapeutische relatie – ze blijken voor een groot deel verantwoordelijk voor het behandel succes – is het opleggen van een model contraproductief. Het stimuleren van professioneel engagement is ook precies daarom onmisbaar. En natuurlijk heeft ons vak een wetenschappelijke basis vanuit een wetenschappelijk denken, en spreekt het voor zich dat je mag verwachten dat professionals zich blijven verdiepen in hun vak.

HANS BOM

PROTOCOLLEN, DE NIEUWE CONTEXT VAN DE GGZ EN DE EFFECTEN DAARVAN OP THERAPEUTEN

In deze paragraaf ga ik in op de samenhang tussen protocollen en de maatschappelijke ontwikkelingen in de GGZ en op de weerstand van collega's tegen deze ontwikkelingen. Als systeemdenker ben ik geïnteresseerd in de context waarin deze weerstand zich voordoet. Ik heb daarom getracht enig zicht te krijgen op de maatschappelijke en intellectuele context waarin wij ons bevinden. Ik geef enkele karakteristieken van deze context en de invloed ervan op de positie als psychotherapeut.

Alhoewel het overduidelijk is dat protocollen meestal niet zijn ontwikkeld als instrument om de GGZ transparant en economisch verhandelbaar te maken, hebben ze voor een deel wel deze functie. Dat komt onder andere door de vorm die veel protocollen hebben gekregen (Keijsers e.a., 2004). Aan die vorm ligt een dominante manier van denken ten grondslag die al vaak door verschillende auteurs op verschillende wijzen – sociologisch, psychologisch, filosofisch en methodologisch – is beschreven (Achterhuis, 2004; Boeckhorst, 2003; Lerner, 2004; Meininger, 2005; Safranski, 2003; Schuyt, 2005; Westen e.a., 2004). Die vorm bezigt een interventio-nistische, eenzijdige taal die afstandelijkheid oproept en leidt tot een instrumentele opstelling, tot eenzijdig empirische en rationele verklaringen, tot economiseren van het denken en een bedrijfsmatige praktijkvoering die hulpverleners tot een marktrelatie reduceert (Meininger, 2005). Volgens Achterhuis (2004), Schuyt (2005) en Boeckhorst (persoonlijke mededeling 2005) heeft deze manier van denken er toe geleid dat de huidige geestelijke gezondheidszorg door het volgende wordt gedomineerd.

– *Expertdenken*

Gezondheid is gedelegeerd aan deskundigen. Experts bepalen wat gezond is en wat niet. Het denken in stoornissen en het genezen daarvan overheerst en het weer opkomen van het biologisch-medische model hoort daar bij. De digitalisering van de wetenschap en het maatschappelijk leven gaat hiermee hand in hand. De controleerbaarheid en voorspelbaarheid dreigen nieuwsgierigheid en ontwikkeling te overheersen.

– *Professionalisering*

Ingewikkelder problemen vragen meer verschillende en meer gespecialiseerde deskundigen. Meer deskundige professionals betekent hogere kosten. Hier ligt een directe link naar de economie. De begrippen kostenbeheersing, marktdenken, klanten, producten, vraaggericht en concurrerend zijn, horen daar bij.

– *Utopisering*

De idee ‘alles wordt beter en er kan steeds meer’. Het ideaal is dat wij uiteindelijk gezondheid kunnen creëren in plaats van krijgen. De gezondheidszorg en ook de GGZ vinden hierin hun legitimering. Voor een deel staan protocollen en richtlijnen dus in dienst van kostenbeheersing en maakbaarheid van geluk.

TEGEN DE

VERDRUKKING IN

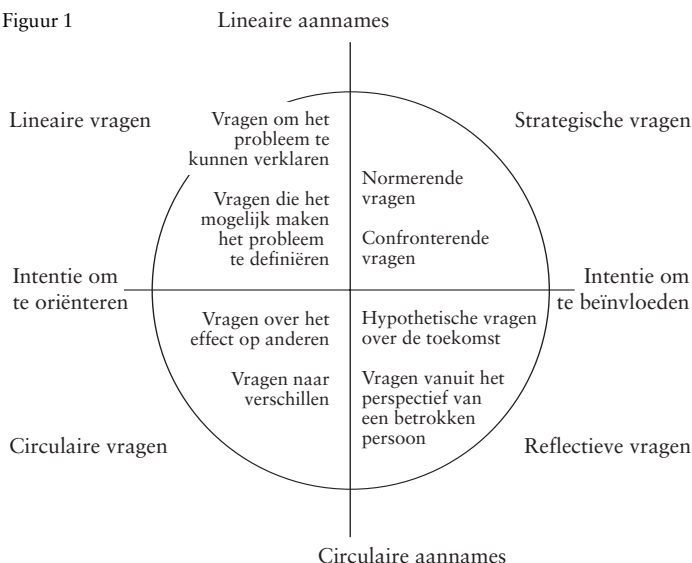
Mijn basiskritiek is dat de dominantie van deze manier van denken klachten en mensen steeds decontextualiseert. Ze worden los van hun context gezien en dat is erg, omdat het niet gewoon is en omdat mensen daardoor ongelukkig worden. Het denken in klachten en stoornissen versterkt de neiging om mensen als losse individuen met losse klachten te zien, maar één mens is geen mens en zonder context bestaan we niet. Het is gecompliceerder om mensen te zien in hun context en het vraagt ook meer van een therapeut dan alleen een lineaire wijze van kijken. Om ook anders te kunnen kijken is reflectie nodig, professionele reflectie. Dat helpt namelijk om dilemma's onder ogen te zien, het helpt om onmogelijkheden en mogelijkheden te onderzoeken en om mensen te zien in hun geschiedenis en context. Psychotherapie is volgens mijn definitie gericht op het (her)vinden van het eigen oplossend vermogen van mensen en dat gebruiken om hun leven naar eigen inzicht zo goed mogelijk te leiden. Therapeuten moeten dus leren om niet slechts reflexmatig (actie-reactie) te handelen maar reflectief te handelen (Maeckelberghe, 2003).

Ook als therapeut kan ik mezelf niet los zien van mijn context. Deze context heeft invloed op mij en vormt mij. Welk appèl doet deze context op mij? Wat is het effect van deze context op mijn professionele vorming? Welke vaardigheden worden hierdoor gestimuleerd en

welke blijven onderbelicht? Worden de kwaliteiten die ik bij uitstek als psychotherapeut nodig heb aangesproken? Het maakt uit welke vragen aan mij als professional worden gesteld. Het maakt uit dat ik al mijn acties moet registreren en dat ik moet denken in producten en in verhandelbare DBC's. Als er eenzijdig gehamerd wordt op hetzelfde aambeeld van evidence based en protocollair behandelen in een marktgerichte gezondheidszorg, dan neig ik er naar om reflexmatig te reageren op deze realiteit en mijn bijdrage zoals gevraagd te leveren. Tegelijkertijd komt er een diep verzet in mij op en voel ik me als therapeut ongelukkig. Deze weerstand heeft te maken met het besef dat ik, door zo aangesproken te worden, niet gestimuleerd wordt om juist die vaardigheden naar voren te halen die ik als psychotherapeut zo hard nodig heb. Als ik niet aangezet wordt tot reflectie, hoe kan ik dan mijn cliënten aanzetten tot reflectie? Zo herken ik een deel van de weerstand bij collega's, ervaren of beginnend, die naar voren kwam uit het minionderzoek dat ik deed.

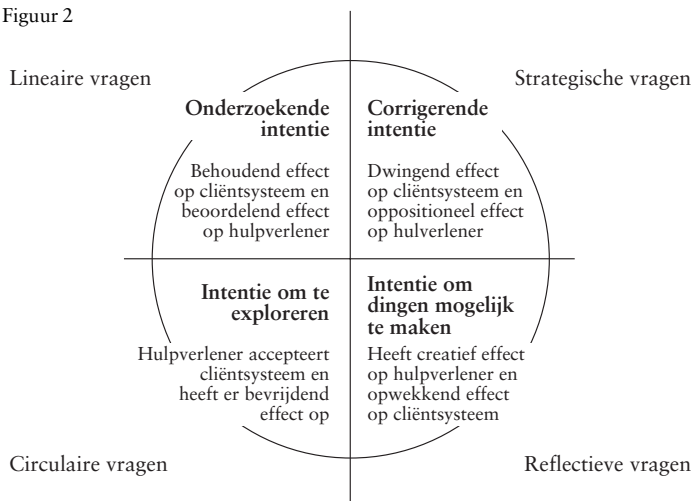
Ik trok de analogie door tussen mij als therapeut en de effecten die ik kan hebben op een cliënt. Ik stelde me de GGZ voor als therapeut en mijzelf als cliënt. Daarbij moest ik denken aan het artikel van Tomm (1988) over de effecten van verschillende soorten vragen op cliënten en daardoor begreep ik iets meer van mijn verzet en dat bij anderen. Mutatis mutandis geldt datgene wat Tomm zegt over het effect van vragen van psychotherapeuten aan cliënten ook voor de 'vraag' die de maatschappelijke en intellectuele context aan ons stelt. Tomm onderscheidt twee soorten aannames (lineaire en circulaire), twee basisintenties (de intentie om te oriënteren en de intentie om te veranderen) en vier hoofdgroepen van vragen (lineaire, strategische, circulaire en reflectieve vragen). In figuur 1 geeft hij dat als volgt weer.

Figuur 1



Deze verschillende soorten vragen kunnen op een of andere manier aan de orde komen in de hulpverleningsrelatie tussen cliënt en hulpverlener. Het stellen van vragen heeft een effect op zowel de hulpverlener als op het cliëntsysteem en bepaalt dus de relatie. Tomm beschrijft in zijn artikel hoe hij dit heeft onderzocht. Het voert te ver om daar nu verder op in te gaan. De belangrijkste invloed van de verschillende soorten vragen op zowel hulpverlener als cliënt kan in een vergelijkbaar schema worden weergegeven (zie figuur 2).

Figuur 2



HANS BOM

Lineaire en strategische vragen hebben dus een behoudend en dwingend effect op het cliëntsysteem. Als we mijn gedachte-experiment doortrekken, worden in de huidige maatschappelijke en intellectuele context van de GGZ vooral deze vragen aan therapeuten gesteld (waar 'cliënt' of 'cliëntsysteem' in het schema staat moet dan gelezen worden 'therapeut', waar 'hulpverlener' staat moet 'GGZ-context' gelezen worden). Het is ook duidelijk dat de GGZ-context vereist dat we in een heel bepaalde richting veranderen. Het is vooral niet de bedoeling dat therapeuten gaan reflecteren of vragen stellen over de gevolgen van de veranderingen voor henzelf of hun cliënten. De bovenste kwadranten domineren het huidige discours. Dat betekent dat wij zowel door de maatschappelijke context als door de intellectuele context naar inhoud en gedachtevorm (logica, soorten vragen) weggehouden worden van exploratie en reflectie. Dat treft ons in de kern van ons beroep.

Hetzelfde kan alleen hetzelfde genereren. Als je Chinees wilt spreken zul je Chinees moeten leren. Als je wilt aanzetten tot reflectie zul je zelf ook aangezet moeten worden tot reflectie. De omstandigheden om een goede psychotherapeut te worden, zijn dus het afgelopen decennium beduidend ongunstiger geworden. Door deze analyse ben ik beter gaan begrijpen waar het verzet van mij en mijn collega's tegen de nieuwe GGZ en ook tegen protocollen vandaan komt. Voor een deel, waar dat het dwingende karakter betreft, is die weerstand functioneel, en voor een deel, waar dat zou impliceren dat we ons handelen niet zouden moeten methodiseren, niet.

CONCLUSIES EN ENKELE AANBEVELINGEN

De vraagstelling was wat de waarde van een protocol of protocollair werken is in de dagelijkse praktijk van de psychotherapeut en hoe de relatie is tussen protocollen en de ontwikkelingen in de GGZ.

Een eerste conclusie is dat, hoe onterecht misschien ook, veel protocollen in dienst staan van het economiseren van de GGZ, om het maar kort en bondig te zeggen. Dat komt onder andere doordat veel protocollen in de traditie staan van klachten, stoornissen en het verhelpen daarvan. Er zijn maar weinig protocollen die meer rekening houden met contextuele factoren (Breuk, 2005; De Bode en Bom, 1999; Lemmens in press, 2006) en die zijn meer methodisch gericht en procesgericht. Zij zijn heel geschikt in de praktijk en dus 'practice based' (Larner, 2004), maar minder geschikt in de strikt wetenschappelijke 'evidence based' cultuur. Gelet op de aard van ons vak en de wetenschappelijke verankering daarvan stel ik voor dat we actief en met verve protocollen blijven ontwikkelen. Niet om ze vervolgens

vast te stellen en voor te schrijven, want dat werkt niet, maar om collega's kennis te laten nemen van ontdekkingen waarmee ze hun voordeel kunnen doen en die hen kunnen aanzetten tot reflectie op hun therapeutisch handelen. Daar zou het ontwikkelen van protocollen, of misschien breder gezegd het methodiseren van de eigen therapeutische activiteit, een rol in kunnen en moeten vervullen. Zelfopgelegde beperkingen maken creatief en stimuleren ontwikkeling.

Een tweede conclusie is dat de weerstand van veel therapeuten tegen het economiseren en eenzijdige verwetenschappelijken van de zorg begrijpelijk is en voortkomt uit het besef dat zij door deze ontwikkelingen afgehouden worden van het naar voren halen van de kernkwaliteiten die nodig zijn om hun vak goed uit te oefenen. Ik heb dat hierboven het aanzetten tot reflectie genoemd.

Ik denk dat de weg die de huidige GGZ is ingeslagen niet snel verlaten zal worden. Ik schat in dat het economiseren van de GGZ zal doorzetten en dat ook hulpverleners daar gewoon in mee zullen moeten blijven doen. Dat is geen fatalisme, maar realisme. We zullen ons moeten verhouden tot een taal waarin behandeling kan worden uitgedrukt in minuten, activiteiten en geld. Het is een taal van moeten, controle en voorschriften. De ontwikkeling van deze taal gaat door en er zal nog veel aan bijgesteld, verfijnd en gesleuteld worden.

Nodig is het mijns inziens om steeds weer aandacht te besteden aan die andere taal, de taal van de specifieke menselijke interesse, van het leven van mensen in hun context, van mateloos nieuwsgierig en betrokken zijn en van professioneel engagement. Geloof in de eigen normativiteit van het vak, intensief en aandachtig 'kijken', aandacht hebben voor een goed leven in plaats van voor genezing zijn steeds weer topics die daar bij horen. Hierdoor zal reflectie die zo onontbeerlijk is voor het vak van psychotherapeut gestimuleerd en gegenereerd worden. En die is onontbeerlijk omdat evidence based steeds weer aangetoond is dat een geëngageerde en betrokken therapeut die een positieve relatie met zijn cliënten weet op te bouwen voor een belangrijk deel verantwoordelijk is voor het succes van behandelingen.

Reflectie kun je het best oproepen als je zelf reflectief bent. Het gelijke kan het gelijke oproepen. De taal van het moeten stimuleert reflectie niet, de taal van de specifieke menselijke interesse wellicht wel. Het is ongeveer zoals Timothy Wilson (NRC 8-1-2006) ontdekte: 'Analyseren maakt mensen niet gelukkig, maar aardig zijn voor anderen wel'.

Literatuur

HANS BOM

- Achterhuis, H. (2004). *De gezondheidsutopie*. G-Lezing 2004. Utrecht: NIGZ.
- Asmus, F. (2005). Richtlijnen in de GGZ: beter weten of betweten. *Systeemtherapie*, 17.4, 208-225.
- Bode, C. de & Bom, H. (1999). *Niet meer op slot! Doorbreken van impasses bij jongeren met een verstandelijke handicap*. Assen: Van Gorcum.
- Boeckhorst, F. (2003). *Duivelse Spiralen: Werkboek voor meervoudig-systemisch denken in de sociale psychiatrie*. Warnsveld: GGNet Warnsveld.
- Breuk, R. (2005). Functionele Gezinstherapie: een goed huwelijk tussen strenge wetenschap en flexibele, creatieve gezinstherapeuten. *Systeemtherapie*, 17.4, 226-238.
- Keijsers, G.P.J., van Minnen, A. & Hoogduin, C.A.L. (2004). *Protocollaire behandelingsin de ambulante geestelijke gezondheidszorg, deel I en II*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Larner, G. (2004). Family therapy and the politics of evidence. *The Association for Family Therapy and Systemic Practice*, 17-39.
- Maeckelberghe, E. (2003). Kijkend in de spiegel: gedachten over reflexieve en reflectieve zorgverleners. In: *Een gemankeerd perspectief; bundel lezingen Ton Rietvelt Symposium*. Utrecht: Centrum voor Consultatie en Expertise Utrecht/Noord-Holland.
- Meininger, H.P. (2005). Zienwijze en zijswijze van de hulpverlener: relationeel mensbeeld en systemische benadering. *Systeemtherapie*, 17.4, 188-207.
- Omer, H. (2004). *Nonviolent Resistance: A New Approach to Violent and Self-Destructive Children*. Cambridge: University Press.
- Safranski, R. (2003). *Het Kwaad*. Amsterdam: Olympus.
- Schuyt, K. (2005). *Zorgzaamheid en zorgvuldigheid*. G-lezing 2005. Woerden: NIGZ.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: part III. Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive questions. *Family Process*, Vol 27, No 1, 1-15.
- Westen, D., Novotny, C.M. & Thomson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, Vol 130, No 4, 631-663.
- White, M. & Morgan, A. (2006). *Narrative Therapy with Children and Their Families*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

Websites

- www.ibiblio.org/wm/paint/auth/monet/
- www.filmkrant.nl/av/org/filmkran/archief/fk192/dogma.html